

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

JÂNIA SANTOS MOTA

A FALÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL – UMA ANÁLISE DOS
MOTIVOS E AS CONSEQUÊNCIAS DA NEGLIGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA

Brasília - DF
2017

JÂNIA SANTOS MOTA

**A FALÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL – UMA ANÁLISE DOS
MOTIVOS E AS CONSEQUÊNCIAS DA NEGLIGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão Pública, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Larisa Ho Bech Gaivizzo

Brasília - DF
2017

Mota, Jânia Santos

A falência da saúde pública no distrito federal: uma análise dos motivos e as consequências da negligência do programa de saúde da família / Jânia Santos Mota -. Brasília, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

36 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública)
Faculdade LABORO. -. 2017.

Orientadora: Dra. Larisa Ho Bech Gaivizzo

1. Saúde Pública. 2. Doenças. 3. Política. 4. Distrito Federal. I. Título.

CDU: 614.2(817.4)

JÂNIA SANTOS MOTA

**A FALÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL – UMA ANÁLISE DOS
MOTIVOS E AS CONSEQUÊNCIAS DA NEGLIGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
de Especialização em Gestão Pública, da Faculdade
Laboro, para obtenção do título de Especialista em
Gestão Pública.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Larisa Ho Bech Gaivizzo (Orientadora)

Doutora em Ciências do Solo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Ma. Sheila Couto Caixeta

Mestra em Letras

Universidade de Brasília

Brasília - DF

2017

Dedico este trabalho ao meu filho Igor Mota Ribeiro que se mostrou bom ouvinte, conselheiro e com quem troquei algumas ideias ao longo deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, aos meus familiares por serem minha base, meu sustentáculo e me tornarem o que sou, ao Marcos, pelo incentivo, paciência e estímulo durante todo o curso, aos colegas de turma de Gestão Pública por estarmos juntos nessa busca do conhecimento e do aperfeiçoamento o que tornou mais leve a caminhada, e, finalmente, aos Professores da Faculdade Laboro que não mediram esforços para transmitir o conhecimento necessário a todos que ali estavam em busca de se capacitar não só para as carreiras, mas para a vida.

*“Projetistas fazem canais,
arqueiros airam flechas, artífices modelam a
madeira e o barro, o homem sábio modela-se a
si mesmo”.*

(Buda Gautama Sakyamuni)

RESUMO

A Saúde Pública tem como finalidade prevenir doenças específicas, proporcionar bem-estar físico e psicológico, aplicar conceitos e técnicas de epidemiologia, além de promover saúde em populações através de esforços comunitários organizados, incluindo aí orientação sobre noções de saneamento básico, controle das infecções e a educação da comunidade nos princípios de higiene pessoal, assegurando a cada indivíduo um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. Assim, fica evidente que a Saúde Pública não está apenas relacionada à parte social, mas também, à parte política e econômica à qual estão intrinsecamente ligadas as ações de Governo. A Saúde Pública no Distrito Federal vem sofrendo de má gestão e de falta de recursos públicos, caminhando, assim, a passos largos para a falência do seu sistema. Este trabalho busca analisar os motivos dessa má gestão e da falta de recursos públicos, bem como compreender porque o Distrito Federal tem negligenciado a Atenção Primária à Saúde na forma de Programas como o de “Saúde da Família”, tendo como consequências a superlotação de hospitais e emergências, longas filas de espera para consultas, mau atendimento, demora para marcação de exames, além de amargar um dos piores índices de cobertura do programa. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e utilizou como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica, numa ampla busca e leitura de diversas fontes de dado. O resultado da pesquisa indica que o problema da má gestão bem como da escassez de recursos públicos no Distrito Federal é crônico, pois vem passando de governo a governo e é de difícil solução, pois falta gestão séria, efetiva e competente. A saúde pública é tratada como política de governo e não de Estado ficando assim à mercê da vontade dos governantes, que agem de acordo com seus interesses pessoais/políticos em detrimento do interesse coletivo, o que vem justificar o tamanho do caos que se instalou na saúde pública do Distrito Federal.

Palavras-chave: Saúde Pública; Doenças; Política; Distrito Federal.

ABSTRACT

Public healthcare has the goal to prevent specific diseases, provide physical and psychological well-being, apply epidemiology concepts and techniques, besides promoting populational health through organized communitarian effort, including guidance about basic sanitation notions, infection control and communal education on the principles of personal hygiene, granting to each individual a life standard suitable to good health maintenance. Therefore, it is evident that public healthcare is not only related to social policies, but also to the political and economic framework intrinsically connected to the government's actions. Public healthcare in Distrito Federal has been suffering from bad management and lack of public funding, heading, thus, to the quick bankruptcy of its system. This essay tries to analyze the reasons of this bad management and lack of public funding, as well as understand why the Distrito Federal has been neglecting the primary attention to healthcare in form of public policies such as "Family's Health", having consequences such as the hospital's and emergency's overcrowding, long waiting lines for appointments, bad attendance, long delays to exam scheduling, besides embitter one of the worst coverage index of the program. This essay is a qualitative approach study which used as methodological proceeding the bibliographic research, in a wide literature and database research. The research findings indicate that the problem of bad management, as well as the lack of public funding in Distrito Federal is chronic, as it has been passing from governance to governance and it is of difficult solution, because of the lack of professional, effective and competent management. Public healthcare is treated as government's policy, instead of State policy, staying at the mercy of the will of the governors which act according to their own personal/political interests instead of the public interest, which explains the size of the chaos which has been installed on Distrito Federal's public healthcare.

Key-words: Health Care; Diseases; Policy; Distrito Federal.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|----------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 14 |
| 3 | OBJETIVOS..... | 15 |
| 3.1 | Geral | 15 |
| 3.2 | Específicos | 15 |
| 4 | METODOLOGIA | 16 |
| 5 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 17 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| | REFERÊNCIAS..... | 34 |

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 diz em seu art. 196 que: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza em sua cartilha “Entendendo o SUS” que “A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas)”, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Temos como definição de Saúde Pública "A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde". Conceito apresentado em 1920, nos Estados Unidos da América (EUA), pelo americano Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957), segundo Gierez (2011).

Diante do que reza nossa Carta Magna, do que preconiza o SUS, e de tão vasto conceito de saúde pública, buscou-se analisar os principais motivos da falência da saúde pública no Distrito Federal, que agoniza na UTI em decorrência de uma crise crônica que vem passando de governo a governo e parece estar muito longe do fim.

A má gestão administrativa e a carência de recursos são os dois principais motivos da falência da saúde pública: Conhecido os motivos do problema parece fácil encontrar o remédio para sua solução, no entanto, não é bem assim. Segundo Collucci (2015), a administração de muitos serviços públicos de saúde é feita de forma improvisada, não raras vezes por amadores.

Martins e Waclawovsky (2015), afirmam que “Entre os principais desafios enfrentados pelos gestores estão a falta de planejamento, a integralidade das ações em saúde, a equidade, a universalidade, o financiamento, a burocracia, a descentralização, o trabalho em equipe multiprofissional, a participação popular, a regulação do acesso, a gestão dos recursos humanos, a avaliação e a auditoria e a gestão da qualidade dos serviços”.

A crise no sistema público de saúde vem de outros governos, mas se agravou com o anúncio do orçamento do Distrito Federal para 2015, quando a Lei Orgânica do Distrito Federal previu 720 milhões de reais a menos para saúde em relação ao ano anterior. De 2015 para 2016, a redução de investimentos pelo governo Rollemberg foi de R\$ 590 milhões.

A saúde do Distrito Federal se encontra em estado de emergência desde que o atual governador, ao assumir em janeiro de 2015, decretou o estado de emergência da saúde por um período de 180 (cento e oitenta) dias, prorrogando-o por 4 (quatro) vezes consecutivas, sem que encontre uma saída definitiva para a mesma. (DISTRITO FEDERAL. Decreto n. 36.279 de 19 de janeiro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal de 20 de janeiro de 2015).

Pretendeu-se também analisar e compreender os motivos da negligência em programas como o “Saúde da Família” onde o objetivo primordial é atuar nas ações de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, na prevenção de doenças. Como consequência dessa negligência, a população vem recebendo tratamento muitas vezes desumanizado, fragmentado, com pouca ênfase na promoção da saúde, como por

exemplo a superlotação de hospitais e emergências, longas filas de espera para consulta, mau atendimento, demora para marcação de exames, escassez de recursos nas unidades de saúde, além da falta de médicos, remédios, leitos, UTIs, dentre outros.

A partir de meados dos anos 90, a Estratégia Saúde da Família (ESF) veio sendo implementada no Distrito Federal com sucessivas mudanças tendo em vista a alternância de gestão do governo local, observando-se, nas últimas décadas, interrupções e declínios na sua implantação, contrapondo-se à tendência nacional de expansão contínua da cobertura populacional por equipes. Constata-se aqui um mal que normalmente acomete nossos políticos, o de não dá sequência em projetos ou programas de gestões anteriores que estão dando certo.

Vemos também que, a despeito das questões da política setorial, a corrupção no Distrito Federal vem se configurando como fenômeno que mais tem interferido para a reduzida priorização da atenção primária no Distrito Federal, e, com isso, segue como um grande desafio ser enfrentado no contexto da gestão das políticas públicas locais. Prova disso é que no governo atual, foi instalada a CPI da Saúde, para “investigar indícios de malversação de recursos públicos” ocorridos entre janeiro de 2011 e março de 2016, conforme reportagem do site política distrital de 13 de maio de 2016.

Assim, medidas mais austeras e eficazes são necessárias e imprescindíveis para sanar a saúde pública que agoniza diante da inércia de uma gestão inapta. Talvez para isso, falte, efetivamente, que a saúde pública venha a ser tratada como uma política de Estado e não de governo, de forma que a construção dessa política não fique à mercê da vontade ou do capricho dos governantes, levando-os, eventualmente, a priorizar interesses pessoais e/ou políticos em detrimento do interesse da coletividade.

2 JUSTIFICATIVA

Saúde pública é um assunto de interesse de todos haja vista ser uma condição primordial para o bem-estar físico e mental, bem como para prevenção de doenças.

Este tema foi escolhido levando-se em consideração as denúncias feitas pelos meios de comunicação de massa sobre o caos e a situação de abandono em que se encontra a saúde pública no Distrito Federal. O estado de falência da saúde pública é algo que tem preocupado, e muito, os usuários, os profissionais da área de saúde e o próprio governo. Este, reconhece que o problema não é só de escassez de recursos públicos mas, principalmente, de uma má gestão generalizada e peca em não priorizar a Atenção Básica à Saúde (Atenção Primária), papel do Programa “Saúde da Família” que tem como objetivo atuar na prevenção de doenças, alterando o modelo de saúde centrado nos hospitais. Vale lembrar que o Distrito Federal mantém um dos piores índices de cobertura do programa.

Os médicos e outros profissionais da área de saúde tem sofrido no exercício de suas atividades pois vem desempenhando precariamente os atendimentos numa rede hospitalar onde falta tudo: de insumos básicos a instalações adequadas para atendimento, de leitos a UTI, além de sofrerem com atraso no pagamento dos salários. Quanto aos usuários, podemos dizer que estão à míngua, alguns morrendo nos corredores de hospitais por falta de pronto atendimento. Passam horas e horas nas filas aguardando e muitas vezes voltam para suas casas sem ser consultados. Diariamente são feitas denúncias do total descaso mas nada muda.

O presente trabalho é justificado não só pela análise dos motivos que levam o Distrito Federal, em pleno século XXI e detentor da maior renda per capita do país, a ter uma gestão tão inapta e com tanta malversação do dinheiro público na área da saúde mas, principalmente, pela necessidade de se vislumbrar uma

saída para essa crise que se tornou crônica e que agoniza na UTI à espera de um milagre.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Este trabalho objetiva analisar os motivos da falência do sistema de Saúde Pública do Distrito Federal.

3.2 Específicos

- Identificar os principais motivos da falência do sistema de saúde pública do Distrito Federal, bem como as suas consequências.

- Buscar compreender o que leva o governo a negligenciar uma solução para a crise da saúde pública, contribuindo para que o Distrito Federal se mantenha em um dos piores índices de cobertura do programa “Saúde da Família”.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizou a dialética como método científico, de modo a considerar as diferentes visões sobre o objeto de estudo, dado que o problema proposto é de natureza qualitativa.

Os objetivos são de caráter investigativo e descritivos e como procedimento técnico adotou-se a pesquisa bibliográfica a partir de fontes documentais e bibliográficas. O presente estudo apresentou limitações importantes como o número reduzido de artigos que tratavam do assunto abordado.

A busca pelos artigos e documentos analisados foi realizada através da internet por meio dos sítios de busca (Google Acadêmico e Biblioteca digital), e ocorreu durante os meses de maio a junho de 2017. Utilizou-se como palavras-chave para a busca os termos indexadores: “Saúde Pública do Distrito Federal”, “Falência da Saúde Pública no DF”, “Programa Saúde da Família no DF”, no período de 2012 a 2017.

Dado a dificuldade de encontrar o tema como proposto nas palavras chaves da pesquisa, quais sejam: “Falência da Saúde Pública do Distrito Federal” e outros similares, estas buscas foram levantadas também em outros sites como Jornal O Globo, Correio Braziliense, Folha de São Paulo, Jornal de Brasília, entre outros.

Registro que pesquisas no site Scielo foram realizadas sem, todavia, vislumbrar alguma obra que me atendesse, talvez em decorrência do termo “Distrito Federal” estar atrelado ao “Falência da Saúde Pública”.

Das 45 fontes levantadas, após leituras sucessivas, 27 foram fichadas para compor a revisão bibliográfica com foco na questão norteadora desta pesquisa. Para a análise dos conhecimentos, informações e dados adotou-se a reflexão crítica como referência.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A falência da Saúde Pública no Distrito Federal (DF) decorre, basicamente, de duas causas crônicas: a má gestão e a carência de recursos públicos. Diante do somatório desses fatores, a população agoniza nos corredores de ambulatórios e enfermarias dos Centros de Saúde bem como dos Hospitais Públicos, onde se instalou o caos em decorrência da falta de insumos básicos, leitos, remédios, UTIs e até de profissionais da área de saúde como médicos, entre outros.

Busca-se compreender porquê, em pleno século XXI, o DF, onde abriga a capital do país e deveria servir de exemplo para os demais estados, falha na gestão das políticas de saúde pública ao negligenciar a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de Programas como o “Saúde da Família”, tendo como consequência a superlotação de hospitais e de emergências, além de amargar um dos piores índices de cobertura do programa.

Primeiramente vamos entender o que é Saúde Pública. De acordo com Gierez (2011), o americano Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957), em 1920, nos Estados Unidos da América (EUA) definiu Saúde Pública como: “É a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrange o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças, e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”. Temos então que a Saúde Pública não está apenas relacionada à parte social, mas também à parte política e econômica à qual estão intrinsecamente ligadas as ações de Governo.

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi consolidado com o advento da Constituição Federal do Brasil de 1988, e traz à baila em seu artigo 196 que:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” BRASIL. Constituição (1988).

Tal preceito é complementado pela lei 8.080/90, que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, e diz em seu artigo 2º:

“Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Ou seja, ambas partem do princípio de que a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, DF e Municípios) garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O princípio da universalidade que caracteriza este direito trouxe um significativo avanço com relação à possibilidade de todos terem direito ao atendimento, ao acesso aos serviços de saúde nos vários níveis de complexidade.

Mas nem sempre foi assim. De acordo com o site portal educação (2014) a evolução das políticas de saúde no Brasil nos mostra que a saúde pública praticamente inexistiu do tempo de Brasil colônia até 1923, quando a lei Elói Chaves criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) que eram mantidas pelas empresas a seus funcionários. As CAPs ofereciam aos empregados e às suas famílias, assistência médica, medicamentos, aposentadoria e pensão para os herdeiros. Foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que eram dirigidos por entidades sindicais e previam assistência médica apenas àqueles que contribuíam para o sindicato. Em 1967 os IAPs foram extintos resultando na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a atender os trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e os trabalhadores que tinham carteira assinada por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Somente no final da década de 80 deixou-se de exigir carteira de trabalho para atendimentos em hospitais, tornando a saúde menos excludente e mais universal.

Ainda segundo o site, o Movimento da Reforma Sanitária, na década de 70, teve como objetivo conquistar a democracia para mudar o sistema de saúde. O conceito saúde – doença bem como o processo de trabalho e a determinação social da doença foram rediscutidos. No final da década de 80 o quadro social e político no país era diferente, onde o movimento de redemocratização expandia-se pelos estados brasileiros. Dentro desse contexto ocorreu, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). O grande marco da VIII Conferência Nacional de Saúde foi a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente tornou-se Sistema Único de Saúde, (SUS).

A saúde ganhou espaço a partir de então com a Constituição Federal de 1988 (CF\88) que criou o SUS rompendo, dessa forma, com o antigo modelo de saúde que era dominado pelo sistema previdenciário.

Ainda de acordo com o mencionado site, as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, deram destaque para a construção de um modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, controle social, descentralização e regionalização com base municipal. A primeira regulamenta o SUS em todo o país definindo seus princípios e diretrizes, contemplando, dentre outros, a universalidade, a integralidade, equidade, descentralização e a participação da comunidade.

Professora titular da EAESP-FGV, Malik (2015), ao discorrer sobre os princípios fundamentais da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde de que trata o SUS, é enfática em dizer que a integralidade acima mencionada tem a ver com um modelo que desenvolva ações de promoção à saúde (como por exemplo, controlar a presença de mosquitos de dengue no ambiente e até acesso a preservativos), ou seja, atenção primária de saúde com foco na prevenção de doenças. Há ainda o acesso a vacinas, saneamento básico, alimentação saudável e detecção precoce de doenças sempre que possível bem como disponibilidade de serviços de emergência para ocorrências agudas. Ainda, atividades de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica e de assistência a indivíduos. Segundo ela, para fazer valer essa Integralidade, é

necessário ter pessoal capacitado em número suficiente, recursos para a produção das ações de saúde e financiamento que permita realizar e controlar essas ações.

Justamente a falta ou precariedade disso tudo, somado a outros fatores, é que vem levando a saúde pública do DF a agonizar na UTI, a ponto de ter levado o atual Governador, ao assumir em janeiro de 2015, declarar a situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do DF pelo período de 180 (cento e oitenta) dias. DISTRITO FEDERAL. Decreto n. 36.279, de 19 de janeiro de 2015, publicado no Diário Oficial do DF do dia subsequente.

Contudo não conseguiu melhorar a situação calamitosa da saúde pública e vem prorrogando sucessivamente o tal estado de emergência. Segundo o site olhar capital (2017), o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), solicitou, em 26 de janeiro de 2017, mais informações ao governo sobre a prorrogação pela quarta vez consecutiva do decreto que instituiu estado de emergência na saúde do DF, ante o fato de a situação, que deveria ser provisória, já durar dois anos.

De acordo com o site, ao decretar o estado de emergência em janeiro de 2015, o então Secretário de Saúde chegou a dizer que esperava uma “pseudonormalidade” no prazo dos 6 (seis) meses, tendo em vista que o decreto era motivado por uma “situação de desassistência progressiva”, que não seria resolvida nem em quatro anos de governo. Em julho daquele mesmo ano o decreto foi prorrogado e, como da primeira vez, citou motivos como o fechamento de UTIs, a carência de medicamentos e insumos no estoque central, a falta de caixa para honrar pagamentos e o comprometimento com a Lei de Responsabilidade Fiscal para justificar a manutenção do estado de emergência. Em janeiro de 2016, o Governador Rollemberg afirmou que a situação da saúde “continuava de emergência”, e deu mais seis meses de prazo para o próprio governo. Em julho daquele mesmo ano, mais uma vez o decreto foi renovado, passando a vigorar por mais 180 (cento e oitenta) dias. Finalmente a mais recente prorrogação da situação de emergência na saúde foi anunciada em 16 de janeiro de 2017 com prazo de validade até dia 16 de julho do corrente ano.

Ainda de acordo com o mesmo site, o estado de emergência permite que o governo do DF adquira medicamentos e insumos sem licitação, autorize a realização de

horas extras, chame concursados e estenda cargas horárias de 20hs para 40hs semanais para alguns profissionais, além de poder prorrogar contratos temporários com terceirizados, médicos e outros servidores da área de saúde. As regras "excepcionais" do estado de emergência também permitem a convocação de funcionários da área médica do Corpo de Bombeiros e das polícias Militar e Civil do DF para reforço do quadro, o que pode nos levar a pensar a quem interessa verdadeiramente a manutenção desse estado de emergência.

Desde que substituiu o ex-governador Agnelo Queiroz, de quem herdou a crise, Rollemberg vem enfrentando diversos problemas. No entanto, alongar demais o estado de emergência em que se encontra a saúde pública pode sugerir que o governo está demonstrando falta de habilidade e competência no gerenciamento da crise.

É bom esclarecer que a crise no sistema público de saúde foi herdada de outros governos, mas vem se agravando desde o anúncio do orçamento do DF para 2015, quando o orçamento da Lei Orgânica do DF previu 720 milhões de reais a menos para saúde em relação ao ano anterior. Uma perda vertiginosa que não parou aí.

Segundo o site política distrital (2017), relatório do deputado distrital Wasny de Roure, na CPI da Saúde, afirma que:

“O governo sucateou a Saúde. Fizemos um relatório consistente e recomendamos a abertura de diversas investigações para sanar dúvidas sobre irregularidades na gestão da secretaria”, resumiu o deputado. Entre os problemas identificados, Wasny aponta a redução de investimentos na área da saúde pelo governo Rollemberg em mais de R\$ 590 milhões de 2015 para 2016.

O que nos leva a crer que a saúde continua a não ser prioridade para o governo.

Apesar de tantos cortes no orçamento o governador Rollemberg disse em entrevista ao site g1.globo (2014), que o principal problema da saúde na capital não é falta de dinheiro, mas falta de qualidade na gestão. Segundo ele, 80% dos problemas poderiam ser resolvidos diminuindo a pressão sobre as emergências hospitalares.

" O Distrito Federal é a unidade da Federação com a menor cobertura de Saúde da Família, segundo dados do Ministério da Saúde. Apenas 30% da população está sendo atendida pelo programa", disse o governador.

Segundo Martins e Waclawovsky (2015), entre os principais desafios enfrentados pelos gestores estão a falta de planejamento, a integralidade das ações em saúde, a equidade, a universalidade, o financiamento, a burocracia, a descentralização, o trabalho em equipe multiprofissional, a participação popular, a regulação do acesso, a gestão dos recursos humanos, a avaliação e a auditoria e a gestão da qualidade dos serviços.

De acordo com elas é necessário que os gestores públicos conheçam os problemas a serem enfrentados, sejam ágeis e flexíveis, saibam planejar, estruturar, organizar e avaliar as ações realizadas nesse processo. Além disso, os gestores precisam ter acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional para que possam contribuir com o desenvolvimento de novas políticas e projetos capazes de intervir sobre o estado de saúde da população a ser atendida.

Collucci (2015), afirma que problemas de gestão são uma questão tão central quanto a falta de recursos e que não há esforços para a formação de gestores públicos, muito menos uma carreira nessa área. Assim, a administração de muitos serviços públicos de saúde é feita de forma improvisada, não raras vezes por amadores, e que isso tem impacto direto na eficiência do uso do gasto em saúde, que é considerada muito baixo.

Para melhor entender a origem dessa crise, no site do Jornal de Brasília (2017) o atual presidente do Conselho de Saúde do DF, Helvécio Ferreira da Silva, é taxativo em dizer que a falência da rede pública foi decretada em maio de 2000. A estrutura da Saúde tinha duas bases: A Secretaria de Saúde, na parte de estratégia, planejamento e vigilância e a Fundação Hospitalar, pública e de direito privado, executora de serviços. Ele afirma que:

“Os recursos ficavam depositados em conta bancária, sob controle da secretaria e da fundação. Em maio de 2000, com a extinção da fundação, nós perdemos a estrutura organizacional de executora de serviços. E a Secretaria de Saúde não tinha base técnica para absorver essa função. Daí essa precarização, essa desestruturação da saúde pública. Nós tivemos o crescimento da demanda, da população, e a redução do investimento”

Segundo o mesmo site, atualmente a liberação do orçamento depende das secretarias de Fazenda e de Planejamento. Para a retomada dos investimentos, ele

defende o retorno da independência orçamentária da Saúde. Helvécio diz que são urgentes os investimentos em todas as áreas da pasta, mas especialmente no ensino, pesquisa e no reforço da atenção primária, com foco na prevenção das doenças.

Temos que a retomada dos investimentos possa ser de fundamental importância para tentar sanar a saúde, contudo, apenas isso não seria suficiente para a cura da mesma, pois não se tendo uma gestão integrada, séria e focada na prevenção das doenças, pode-se investir o quanto quiser que não vai tirar a saúde do buraco.

Santos (2016) afirma que é inegável o direito a saúde consagrado na Carta Magna, bem como nas legislações infraconstitucionais. No entanto, é necessário frisar que muito embora temos um arcabouço técnico-jurídico para alicerçar e abarcar o direito do cidadão a uma condição digna de atendimento a saúde, o mesmo não funciona como idealizado, como normatizado, pois várias são as razões que sujeitam a essa frustração: Baixos ou nenhum investimento para constante reformulação da estrutura de saúde no país; a corrupção entranhada na atividade-meio da saúde; salários relativamente baixos, fato que afasta o bom profissional da atividade pública; falta de fiscalização mais efetiva dos órgãos externos no uso dos recursos aplicados em saúde, fato que incide diretamente nas falcaturas recorrentes no serviço público.

Ainda de acordo com ele, se faz necessário um amplo debate sobre a vinculação das receitas às responsabilidades das esferas de governo, de modo a se evitar distorções, bem como haja uma melhor destinação dos recursos públicos para a área de saúde, visto que na atual estrutura os recursos demonstram ser insuficientes para atender toda a demanda.

A carência de recursos públicos é notória, mas a má aplicação desses recursos tem contribuído muito para o caos na saúde. Além dos cortes crescentes no orçamento da área o atual governo sofre denúncia de corrupção, de fraudes, de desvio de finalidade em contratos do Samu, e ainda denúncias de propina e compra de equipamentos de PET Scan (aparelhos caríssimos, de ponta, e importantes para o tratamento de pacientes com câncer) que nunca foram utilizados e estão encaixotados no Hospital de Base/DF há mais quatro anos, segunda denúncia do site Metrôpoles (2016).

A Câmara Legislativa do DF, em 13/05/2016 instalou a CPI da Saúde/DF a fim de investigar indícios de malversação de recursos públicos na Secretaria da Saúde do Governo do DF, no período compreendido entre janeiro/2011 a março/2016.

Segundo Collucci (2015), casos de indícios de corrupção denota a urgente e necessária implementação de métodos de gestão mais modernos, por meio do uso de tecnologias de informação. Isso leva tempo e depende de uma reação efetiva do sistema em busca de mais qualidade e transparência.

Enquanto a solução não chega os sinais da penúria, sentidos pela população, castigam quem procura atendimento na capital federal. Dos 400 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), 85 (21,25%) estão desativados. Dos 850 medicamentos disponibilizados, 65 estão com estoque zerado, sendo 23 considerados básicos. O único aparelho de ressonância magnética da rede pública, o do Hospital de Base do DF (HBDF), funciona há 16 anos. No DF são 54 ambulâncias, logo, não há dois veículos para cada uma das 31 regiões administrativas, conforme notícia o site do Correio Braziliense (2016).

Relatório do TCU, após auditoria realizada em hospitais e prontos-socorros de vários estados e do DF, concluiu que “num quadro em que se misturam mau atendimento, déficit de profissionais, desleixo e leniência, revela-se uma realidade inquestionável: talvez mais do que a falta de verbas, alegação sempre presente quando se trata de justificar a ineficiência da rede oficial, a estrutura sofre do mal generalizado de gestão inepta”, segundo site O Globo (2014).

É necessário buscar a reorganização do sistema por meio da realocação dos recursos físicos, humanos e financeiros, atendendo assim, os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica à Saúde (PNABS) com uma gestão mais séria e competente e focado no interesse maior da população. Aliás, mais do que no interesse, no dever constitucional do direito à saúde. No entanto, para isso é imprescindível o reconhecimento das falhas, dos erros e das limitações existentes e ter coragem para redefinir estratégias e alinhá-las a novos prognósticos que visem a melhoria da qualidade de vida da população.

No campo da atenção à saúde o atual sistema tem se mostrado ineficaz por adotar um modelo de assistência focado nas condições agudas quando as que já

predominam são as crônicas. É ainda muito centrado nos hospitais e nas emergências, com falhas na coordenação e no planejamento da assistência, o que tem levado especialistas a defender uma mudança no atual modelo de atenção à saúde apontando que o caminho passa pela universalização da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Conforme Arce e Souza (2012), a ESF surge como principal estratégia política para a reorientação do modelo de atenção à saúde, fundamentando-se em uma nova ética social e cultural com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. Além disso, apresenta como ponto central o vínculo e a criação de laços de compromisso entre profissionais e população: a equipe deve entender a família a partir do ambiente em que vive e construir suas relações, buscando constantemente garantir a proteção social por meio da universalidade e integralidade (Brasil, 2007).

Segundo eles, faz-se necessário que a concepção de multicausalidade dos problemas de saúde dê lugar ao entendimento da determinação do processo saúde-doença-cuidado, o que representa uma necessária ampliação do olhar e do fazer acerca dos problemas de saúde, considerando-se a posição central que a prevenção ocupa nas representações de integralidade do cuidado dos profissionais, que devem avançar em direção à Promoção da Saúde.

Afirmam ainda, que a integração com uma rede de outros serviços é fundamental para que as ações de cuidado possam ter continuidade, o que precisa ser entendido e coordenado por equipes a partir de uma ação protagonista, bem como viabilizado por meio da efetivação de políticas públicas.

É sabido que saúde pública se faz com prevenção das doenças e isso é o objetivo primordial da Atenção Básica em Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser a porta de entrada do usuário no SUS.

Silva (2016), diz que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os serviços de saúde são definidos como um conjunto de atividades que visam promover, restaurar e manter a saúde da população.

Ainda segundo ela, a ABS representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Esse modelo de divisão em saúde vem crescendo por meio de uma perspectiva mundial, pois consiste em um primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Nessa direção a comunidade recebe serviços que evidenciam a promoção de ações de cunho preventivo como ainda de reabilitação da saúde. (BRASIL, 2010).

Um sistema de saúde estruturado, segundo os valores, princípios e bases organizativas da APS, tem como objetivo superior a melhoria da qualidade de vida e saúde das famílias a ele vinculadas, onde a equidade, a integralidade e a participação social representam imperativos éticos, morais e científicos para a realização do direito à saúde e à solidariedade social.

O Brasil adotou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, como estratégias para contribuir na construção de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias. DISTRITO FEDERAL. Programa Saúde da Família (2007-2014).

No DF, a Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia em Saúde da Família (DIAPS) da Secretaria de Saúde, elaborou um Plano de Reorganização da APS, para ser executado no período de 2009 a 2014, como forma de ampliar e qualificar o acesso às ações e aos serviços do programa, oferta esta que perpassava por uma expansão ordenada e gradual das equipes da Saúde da Família, pela organização dos seus processos de trabalho, pela revitalização da Rede de Atenção, com a construção de novas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e a reconversão dos antigos Centros e Postos de Saúde.

O Plano tinha como objetivo contribuir para a reorganização da APS no DF, a partir da expansão e qualificação da ESF, no período de cinco anos (entre 2009 a 2014).

Para atender os objetivos do Plano, o mesmo foi estruturado em quatro eixos norteadores, a serem desenvolvidos, em curto, médio e longo prazo, considerando o período de 2009 a 2014, portanto, com cinco anos previstos para sua execução:

Trataremos aqui apenas do eixo I, que tratava da estruturação da APS no DF (espaço físico, equipamentos, insumos e recursos humanos), cujo desafio era expandir e qualificar a ESF no DF e, com isso, reorganizar a Atenção Primária contribuindo para formar rede de atenção à saúde, buscando a reorganização do sistema por meio da realocação dos recursos físicos, humanos e financeiros, a fim de atender os princípios e diretrizes da PNABS.

Prevvia a ampliação gradual da Saúde da Família, que deveria se realizar em três etapas:

De curto prazo – com a cobertura imediata de 27,5% da população do DF (com 195 Estratégia Saúde da Família (ESF) implantadas até dezembro de 2009 e de 50% até o final de 2010, com 365 ESF;

De médio prazo – com cobertura de 60% da população do DF, com implantação de 438 ESF;

De longo prazo – a cobertura deveria se dá em 73% da população do DF que corresponderia a 100% da população do SUS dependente, com implantação de 532 ESF.

Longe de alcançar a meta proposta no Plano de Reorganização da APS da Secretaria de Saúde do DF, que tinha como meta alcançar uma cobertura de 73% da população na implantação da ESF até o ano de 2014, o DF é apontado, nesse mesmo ano, como o detentor da menor cobertura populacional do país na ESF, amargando um índice de 20,06 %, segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicados no site g1.globo (2014).

| Cobertura populacional de agentes comunitários de saúde | |
|---|--------|
| DF | 20,06% |
| SP | 30,07% |
| RS | 42,09% |
| RR | 44,33% |
| PR | 44,87% |

| Cobertura populacional de agentes comunitários de saúde | |
|---|--------|
| | |
| Brasil | 56,38% |
| Fonte: Conselho Federal de Medicina | |

Mais uma vez parece palpável que o direito da população à saúde está sendo vilipendiado ao se constatar a ineficácia de um projeto dessa magnitude que falha onde não deveria, pois se a solução do problema na área da saúde no DF, ou, pelo menos parte dela, está delineada como sendo de investimento no reforço da APS, premissa que até mesmo o atual governador Rollemberg crê, por quais motivos não são implementadas medidas necessárias para a sua concretude?

Após mais de dois anos de governo e ainda com a saúde em estado de emergência foi lançado oficialmente, em 30 de junho de 2016, o projeto Brasília Saudável que nasceu com o propósito de mudar o foco da saúde no DF, tirando-o das emergências dos hospitais para a Atenção Primária, dentro da ESF. A iniciativa consiste em promover a qualificação técnica dos profissionais dessa área, expandir a cobertura dos serviços e melhorar os processos de trabalho. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF (2016).

A atenção primária trabalha com duas metas dentro do sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. Nesse sentido, a estratégia brasileira para a APS, que é a Saúde da Família, tem sido positiva. No DF, as regiões que se destacam neste trabalho são Samambaia, que tem 72% de cobertura em APS, com 43 Equipes de Saúde da Família e quatro das nove clínicas de Saúde da Família do DF; Estrutural, com 89% de cobertura; Riacho Fundo I e II, com 74%; e Gama, com 51%. Estas são as regiões que se destacam, mas é uma realidade atípica. Atualmente, o DF inteiro tem apenas 30% de cobertura na atenção primária. A meta é elevar esse número para 70% até 2018.

De acordo com o projeto, as regiões do DF que se destacam na atenção primária são:

Estrutural - 89%

Riacho Fundo I e II - 74%

Samambaia - 72%

Gama - 51%

Evidências tem demonstrado que a atenção primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas, assim como tem o papel de ordenar a demanda por serviços de maior complexidade, além de organizar a continuidade da atenção e do cuidado.

Como no plano anterior a meta a ser alcançada é bastante expressiva, contudo, a variável “tempo” pode não ser suficiente para a concretude da implementação de todo planejamento ante o fato de que até o momento atual (junho de 2017) apenas 30% da população está alcançada pela ESF.

Na busca de compreender o que levou o governo a negligenciar uma solução para a crise da saúde pública, deparei-me com uma reportagem no site sindsaude.org (2016) de que representantes dos servidores públicos da saúde do DF, do Ministério Público, do governo e de entidades de classe vem acusando o Governador de sucatear a saúde para justificar a instalação de Organizações Sociais de Saúde (OSS), com o fim de gerir unidades hospitalares do DF, delegando a terceiros a obrigação de fazer do Estado.

Simpatizante da ideia, ele deseja terceirizar a administração da saúde, o que pode levar a especulação do motivo pelo qual após 2 (dois) de governo, a saúde continua em estado de emergência.

Ainda conforme a mesma reportagem, o titular da Promotoria de Defesa da Saúde do Ministério Público, promotor Jairo Bisol, classificou a iniciativa como precária e ressaltou que a implantação das OSS não será suficiente para tirar o serviço da UTI.

Marli Rodrigues, Presidente do Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos em Saúde (SindSaúde), afirma, no site sindsaude.org (2016), que em todo o país as OSS deram errado e cita o Rio de Janeiro como exemplo, onde, das 10 (dez) organizações sociais que atuam naquele Estado, oito estão respondendo a processos. Chama a atitude de “irresponsável” e garante que os sindicatos da área vão lutar contra a implantação.

De acordo com Santana (2015), as Organizações Sociais (OS) foram idealizadas pelo Governo Federal, por meio do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), justamente como uma nova figura jurídica capaz de suprir as lacunas detectadas nos moldes tradicionais de parceria entre Estado e sociedade na prestação de serviços públicos.

De acordo com ele, a área da saúde tem sido foco da atenção das reformas, dado o alto impacto e o grande volume de recursos que lhe é destinada, uma vez que a garantia deste direito como universal na Constituição Federal e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil reforçam grande dimensão deste setor, sendo imperiosa para os gestores públicos a busca da introdução da cultura de eficiência e qualidade para uma crescente demanda a ser atendida.

Diz ainda que as OS, principalmente nos serviços de saúde, vêm conquistando espaço e adesão em diversos entes da federação com o objetivo de garantir melhor desempenho na gestão de serviços públicos por meio de metas e de aferição de desempenho.

Ao analisar o desempenho dos serviços prestados por meio de OSS no estado do Rio de Janeiro, os resultados apresentados por Santana (2015) mostraram que 80 % dos contratos de gestão de Hospitais Emergência, 75 % dos Hospitais Especializados e 92 % das Unidades de Pronto Atendimento atingem ou superam o grau de desempenho esperado pela Secretaria de Saúde daquele Estado, confirmando assim, a hipótese que modelo de OSS possibilita a ampliação da cobertura dos serviços para o indicador Produção Assistencial Hospitalar.

No entanto, apenas 60 % dos Hospitais Emergência e 25 % dos Hospitais Especializados atingem ou superam o grau de desempenho esperado para a Produção

Assistencial SADT (Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia), evidenciando assim, necessidades de ajustes.

Assim, torna-se imperiosa a importante tarefa do Estado de aprimorar sua função regulatória constantemente, com a efetiva utilização de informações para a construção de indicadores consistentes e compatíveis com o perfil das suas Unidades, bem como a revisão de indicadores existentes.

O desempenho quanto a evolução dos indicadores quantitativos pelas OSS deve seguir a mesma linha dos já realizados em outros estados que apontam a contratualização do Terceiro Setor como instrumento para obtenção de melhoria da qualidade na gestão de unidades de saúde públicas.

Finalmente, é preciso também fazer comparações com o custo, qualidade, benefício e serviços realizados, visando aferir se o impacto da implantação deste modelo vem demonstrando resultados positivos através da gestão por resultados, uma vez que a gestão de serviços públicos por entidades privadas ainda é visto com certa desconfiança por alguns. Essa desconfiança deve ser mitigada por sistemas de informações disponíveis a todos com estruturas de controle que permitam demonstrar que a publicização dos serviços e a introdução de ferramentas gerenciais possam maximizar a capacidade operacional do Estado na prestação dos serviços públicos, otimizando, assim, a utilização dos recursos públicos, conclui ele.

Diante de toda essa explanação pode-se concluir que o desenvolvimento das políticas públicas de APS no DF tem sido fortemente influenciada por questões relativas ao sucessivo fluxo político, mais do que pela formulação de propostas de problemas epidemiológicos e sociais. A ESF vem sendo implementada com sucessivas mudanças sempre decorrentes da alternância de gestão do governo local. Observa-se constantemente interrupções e declínios na sua implantação, em contrapartida com a tendência nacional de expansão contínua da cobertura populacional por equipe.

O que se deseja é que sistemas complexos e sensíveis, como o sistema de saúde, não fiquem expostos à lógica perversa das práticas políticas não só no Distrito Federal, mas em todo o país.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A má gestão e a carência de recursos públicos tem sido apontadas como os dois principais motivos da falência da saúde pública no Distrito Federal e já se tornou um problema crônico, pois vem passando de governo a governo e de difícil solução, pois falta gestão séria, efetiva, competente e contínua. O estudo possibilitou a construção de uma explicação válida para as discontinuidades e a baixa implementação dessas políticas: 1) A participação dos atores no poder decisório é muito fluida, ou seja, há uma grande rotatividade dos personagens envolvidos nas áreas decisórias e isso se deve aos critérios clientelistas para ocupação de cargos de gestor; 2) A falta de capacitação bem como a limitação profissional de gestores públicos, pois é mister que tenham desenvoltura e conheçam os problemas a serem enfrentados, que sejam ágeis na resolução de problemas e saibam planejar, estruturar, organizar e avaliar as ações realizadas naquilo que lhe competem; 3) A baixa importância política conferida ao setor pode ser facilmente verificada e se expressa na baixa prioridade enquanto área de governo. Isso pode ser constatado não só pelos limitados recursos destinados à área, que vem sofrendo com cortes no orçamento a cada ano, mas também pela qualidade dos serviços prestados, pelos salários relativamente baixos fato esse que acaba afastando o bom profissional da atividade pública, pelo reduzido controle social, pelos poucos recursos de tecnologia da informação, etc. 4) A corrupção e fraudes entranhadas na área da saúde que tem se mostrado recorrentes no serviço público, bem como a falta de fiscalização mais efetiva dos órgãos externo no uso dos recursos públicos.

Quanto à negligência de solução para a crise da saúde pública, fato que tem contribuído para que o Distrito Federal se mantenha em um dos piores índices de cobertura do programa “Saúde da Família”; temos como pressuposto que o desenvolvimento da política de Atenção Primária à Saúde tem sido fortemente influenciado por questões relativas ao fluxo político, pois há um vai e vem frenético de troca de governos bem como de gestores que não dão sequências a programas já instituídos.

Nas últimas décadas a Estratégia Saúde da Família veio sendo implementada com sucessivas mudanças decorrentes da alternância de gestão do governo local, o que nos leva a detectar interrupções e declínios em sua implantação, contrapondo-se à tendência nacional de expansão contínua da cobertura populacional por equipes.

Com a saúde pública em estado de emergência, um novo projeto denominado “Brasília Saudável” nasceu com o propósito de mudar o foco da saúde no DF, tirando-o das emergências dos hospitais para a Atenção Primária, dentro da Estratégia Saúde da Família. Atualmente, o DF inteiro tem apenas 30% de cobertura na atenção primária e a meta é elevar esse número para 70% até 2018, numa verdadeira corrida contra o tempo. Simpatizante das Organizações Sociais de Saúde (OSS) o atual governador vem trabalhando para terceirizar unidades hospitalares do DF como a solução para a crise da saúde. A parceria com o terceiro setor tem tornado essa questão objeto de embates políticos, jurídicos e trabalhistas, produzindo uma baixa aceitação social do Saúde da Família pela população e por uma grande parte dos servidores da área.

A corrupção tem se apresentado como o fenômeno que mais interferiu para a reduzida priorização da atenção primária no DF, e segue como um desafio a ser enfrentado no contexto da gestão das políticas públicas locais. O clima de denúncias de corrupção e de fraudes associados à fragilidade do governo e ao baixo empenho na implementação do Plano, enfraqueceram o Saúde da Família como principal modelo de organização da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

A EVOLUÇÃO histórica das políticas de saúde no Brasil. Portal Educação, 23 abr. 2014. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-evolucao-historica-das-politicas-de-saude-no-brasil/56457>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal , UFBA, Salvador, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União de 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha Entendendo o SUS. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2107.

COLLUCCI, Cláudia. SUS: O futuro que não chega. Revista Consensus, Edição 17, Opinião, 2015. Disponível em <<http://www.conass.org.br/consensus/sus-o-futuro-que-nao-chega/>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

CPI da Saúde pede investigação contra vice-governador e secretário de Saúde do DF. Política Distrital, Distrito Federal, 12 abr. 2017. Disponível em: <<http://www.politicadistrital.com.br/2017/04/12/cpi-da-saude-pede-investigacao-contra-vice-governador-e-secretario-de-saude-do-df/>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

CPI da Saúde recebe denúncia sobre aparelhos encaixotados no Base. Metrôpoles, Distrito Federal, 23 jun. 2016. Disponível em: <<http://www.metropoles.com/distrito-federal/politica-df/cpi-da-saude-recebe-denuncia-sobre-aparelhos-encaixotados-no-base>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

CPI da Saúde 2016 – CLDF. Distrito Federal, 13 mai. 2016. Disponível em:<<https://www.cl.df.gov.br/cpi-da-saude-2016>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

CRISE na saúde pública do DF continua em 2016, com rombo de R\$ 200 milhões. Correio Braziliense, Distrito Federal, 04 jan. 2016. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2016/01/04/interna_cidadesdf,512670/crise-na-saude-publica-do-df-continua-em-2016-com-rombo-de-r-200-milh.shtml>. Acesso em: 09 mai. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Decreto n. 36.279, de 19 de janeiro de 2015. Declara a situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal e dá outras providências. Lex: Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal – SINJ-DF. Publicado no Diário Oficial do Distrito Federal de 20 de janeiro de 2015, p.1.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia em Saúde da Família-DIAPS. Programa Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>>. Acesso em: 24 mai.2017.

DF tem menor cobertura populacional em Saúde da Família, diz estudo. O Globo, Distrito Federal, 11 set. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2014/09/df-tem-menor-cobertura-populacional-em-saude-da-familia-diz-estudo.html>>. Acesso em: 11 mai. 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Projeto Brasília Saudável, 24 nov. 2016. Disponível em: <http://brasiliasaudavel.saude.df.gov.br/2055/Noticias/SobreOProjetoBrasiliaSaudavel_238945/>. Acesso em: 22 jun. 2017.

ENTIDADES acusam Rollemberg de sucatear saúde para instalar Oss. Metrôpoles, Distrito Federal, 05 mai. 2016. Disponível em: <<http://sindsaude.org.br/noticias/namidia/2915/entidades-acusam-rollemberg-de-sucatear-saude-para-instalar-oss.html>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

ENTRADA de OSs na Saúde é dada como certa por distritais governistas. Metrôpoles, Distrito Federal, 15 jun. 2016. Disponível em: <<http://sindsaude.org.br/noticias/namidia/3135/entrada-de-oss-na-saude-e-dada-como-certa-por-distritais-governistas.html>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

GIEREZ, Marcelo Klein. Saúde Pública.Enfermagem e Medicina, 30 mai 2011. Disponível em: <http://enfermagemedicina.blogspot.com.br/2011/05/saude-publica.html>. Acesso em: 31 mai. 2017.

MALIK, Ana Maria. A Saúde no Brasil: o que devemos esperar do SUS?. Estadão, São Paulo, 15 abr. 2015. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/a-saude-no-brasil-o-que-devemos-esperar-do-sus/>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. Problemas e desafios enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, São Paulo, Vol. 4, N. 1, (Jan-Jun 2015), Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/195888d6335be60bbf8fbee96054803b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037575>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

MP questiona decreto que prorroga estado de emergência na Saúde do DF, Brasília, 26 jan. 2017. Disponível em: <<http://olharcapital.com.br/mp-questiona-decreto-que-prorroga-estado-de-emergencia-na-saude-do-df.html/>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

RELATÓRIO do TCU aponta quadro crítico da saúde pública no DF. O Globo, Distrito Federal, 17 nov 2014. Disponível em <<http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2014/11/relatorio-do-tcu-aponta-quadro-critico-da-saude-publica-no-df.html>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

SANTANA, Leonardo Ferreira de. Análise do desempenho dos serviços prestados através das Organizações Sociais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, EBAPE-FGV, Rio de Janeiro, 2016.

SANTOS, Marcos Antônio Rocha dos. Direito a saúde e o financiamento do SUS. UNIT , Estância, 2016.

SAÚDE pública do país sofre de má gestão. Editorial O Globo, 28 mar. 2014. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/opiniao/saude-publica-do-pais-sofre-de-ma-gestao-12010246>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

SILVA, Edineusa J. A Atuação profissional do/a Assistente Social na Atenção Básica em Saúde, ASCES, Caruaru, 2016.

SILVA, Helvécio Ferreira da. Investimentos do GDF na rede pública de saúde caem mais de 70%. Jornal de Brasília, Distrito Federal, 30 jan. 2017. Disponível em: <<http://www.jornaldebrasilia.com.br/cidades/investimentos-do-gdf-na-rede-publica-de-saude-caem-mais-de-70/>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

